

Projektrapport VESTA VT2017

## **Hur behandlar vi patienter med lätt och medelsvår depression på Kvartersakuten Surbrunn?**

*-En retrospektiv journalstudie över nyinsjuknade patienter under 2015.*

Jessika Sandor, ST läkare i allmänmedicin, Kvartersakuten Surbrunn

VESTA programmet VT 2017

Epost: [jessika.sandor@sll.se](mailto:jessika.sandor@sll.se)

Vetenskaplig handledare: Solvig Ekblad, leg psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum, adjungerad professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning vid Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), Cultural Medicine, Karolinska Institutet

Epost: [solvig.ekblad@ki.se](mailto:solvig.ekblad@ki.se)

Klinisk handledare: Erik Embring, specialist i allmänmedicin, Kvartersakuten Surbrunn

Epost: [erik.embring@sll.se](mailto:erik.embring@sll.se)

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Depression är en av våra vanligaste folksjukdomar. Socialstyrelsen utkom 2010 med riktlinjer för behandling av lätt- till medelsvår depression. Psykoterapi är starkt rekommenderat då de ger få biverkningar. Kombinationsbehandling av psykoterapi och antidepressivt läkemedel avråds. Det finns mycket få studier om uppföljning av depressionsbehandling i primärvården.

**Syfte:** Syftet med studien var att ta reda på hur nyinsjuknade patienter med lätt- och medelsvår depression behandlas på Kvartersakuten Surbrunn. Ett annat syfte var att undersöka om patienten följdes upp till dess hen har förbättrats i sin depression.

**Material och metod:** Studiedesignen var en retrospektiv kvantitativ journalstudie. Studiepopulationen bestod av 75 patienter som nyinsjuknat 2015 med lätt- och medelsvår depression och behandlats på Kvartersakuten Surbrunn. Journaler granskades avseende behandlingsform, väntetid till psykoterapeut, om patienten fullföljt sin psykoterapi, läkaruppföljning under första året från diagnos samt om skattningsskalor använts vid uppföljningen.

**Resultat:** Tjugo procent av patienterna med lätt- och medelsvår depression fick psykoterapi som första behandling. Fyrtiofem procent av patienterna fick en kombinationsbehandling med psykoterapi och antidepressivt läkemedel. Åttiotre procent av patienterna, som av läkare bedömdes ha behov av psykoterapi, fick vänta mer än fyra veckor på första besöket till en terapeut. Sextiofem procent av patienterna följdes upp av sin läkare tills de började må bättre, men endast 12 % med skattningsskalor. Det fanns inga signifikanta skillnader beträffande kön och ålder.

**Slutsats:** Få patienter behandlades med enbart psykoterapi och det var vanligt med en kombinationsbehandling av psykoterapi och antidepressivt läkemedel. Läkarna följde upp patienterna tills de började må bättre, men sällan med skattningsskalor.

**MESH-termer:** depression, primärvård, behandling, uppföljning, skattningsskalor

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning</b>	sida 1
<b>Bakgrund</b>	sida 3
Syfte	sida 5
Frågeställningar	sida 5
<b>Material och metod</b>	sida 6
<b>Etiska överväganden</b>	sida 9
<b>Resultat</b>	sida 10
<b>Diskussion</b>	sida 14
<b>Slutsats</b>	sida 18
Referenser	sida 19
Bilaga 1	sida 20

## Bakgrund

Depression har blivit en av våra vanligaste folksjukdomar internationellt och i Sverige. Enligt en svensk befolkningsundersökning har 25 % av alla kvinnor och 15 % av alla män någon gång under livet drabbats av behandlingskrävande depression (1). Depression innebär ofta stort lidande, både för patienten och anhöriga.

Depression kännetecknas av nedstämdhet, minskad energi och aktivitet som dominerat under en period längre än två veckor. Några ytterligare exempel på symtom är förändrad matlust, förändrat sömnmönster, minskat självförtroende och ökad självkritik. En person med depression kan även ha svårigheter att koncentrera sig och ha återkommande tankar på döden. Beroende på sjukdomens allvarlighet uppfyller man fler symtom och har ökade svårigheter att utföra vardagliga aktiviteter (2). Depression kan också ta sig uttryck i kroppslig sjukdom och en stor del av patienterna söker hjälp för kroppsliga symtom (3).

I en studie från 2010 undersöktes 12-månaders prevalens av psykisk sjukdom i Europa. Där beräknade man att 38 % av befolkningen hade en psykiatrisk diagnos varav sju procenten hade depression. Artikelförfattarna uppskattade att förbättrat omhändertagande och behandling av patienter med psykiatrisk diagnos kommer att bli den största hälsoutmaningen för 2000-talet (4). I studien kvantifierades sjukdomsburden enligt Världshälsoorganisationens begrepp DALYs=disability adjusted life years som till svenska kan översättas med förlorade friska år. Man uppskattar att depression kommer att vara en av de sjukdomar med högst DALYs under kommande år (4,5).

Stora populationsstudier visar att majoriteten av människor som lider av depression inte söker vård för sina besvär eller får inadekvat vård (5). Det finns få stora studier som följer upp behandling av depression inom primärvården och de som finns fokuserar främst på uppföljning av farmakologisk behandling (5).

I en rikstäckande svensk studie tillfrågades alla patienter som under en dag besökte sin husläkare angående sitt psykiska välmående. Med hjälp av frågeformulär i väntrummet kunde patienter med symtom på nedstämdhet och ångest fångas upp. Tio procent av patienterna hade pågående behandling mot depression och ångest och därutöver fann man 13 % som uppvisade

symtom som överensstämde med diagnos för depression och ångest. Således led nära var fjärde patient av dessa diagnoser, vilket var de näst vanligaste diagnoserna hos primärvårdspatienten efter värkproblematik (6).

Socialstyrelsen utkom för första gången med nationella riktlinjer för behandling av depression år 2010. Man gav rekommendationer i prioritering, 1-10, där 1 har högst rekommendation. Där skriver Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör erbjuda psykoterapi med kognitiv beteendeterapi (KBT) vid lätt depression, där internetbaserad behandling får prioritering 3 och individuell 4. Interpersonell psykoterapi (IPT) har prioritering 4. Antidepressiv läkemedelsbehandling har prioriteringsgrad 10.

Vid medelsvår depression bör hälso- och sjukvården erbjuda psykoterapi med KBT eller interpersonell psykoterapi prioritering 2, läkemedelsbehandling med antidepressiv medicin prioritering 2, psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi prioritering 3. En kombination av antidepressiv läkemedelsbehandling och psykoterapi får prioriteringsgrad 10 (7).

Därefter har kunskapen i området ökat och Socialstyrelsens metodik för att ta fram nationella riktlinjer har utvecklats varpå man 2014 beslutade att utkomma med nya rekommendationer.

Den första remissen kom i december 2016 med nya riktlinjer för behandling av depression i primärvården (8). Där rekommenderar man en tidig och aktiv behandling för att minska risken för allvarlig försämring. I rekommendationerna skrivs det att patienter med diagnos lätt- och medelsvår depression bör erbjudas KBT, prioritering 1. De bör erbjudas IPT, prioritering 3. De bör erbjudas behandling med antidepressivt läkemedel, prioritering 3. Läkemedel får prioriteringsgrad 3 då behandling med dessa kan ge biverkningar (8). Den behandling som har starkast vetenskapligt stöd med minst biverkningar är således KBT.

Det är idag okänt hur vi behandlar depression på Kvartersakuten Surbrunn och hur många av patienterna, som har fått diagnosen depression, som får psykoterapi som en förstahandsbehandling. Det är också okänt vilken uppföljning som patienterna får.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att ta reda på hur vi behandlar nyinsjuknade patienter med lätt- och medelsvår depression på Kvartersakuten Surbrunn.

Ett annat syfte var att undersöka om patienten följdes upp till dess hen har förbättrats i sin depression.

## **Frågeställningar**

Avseende patienter på Kvartersakuten Surbrunn som fått diagnosen lätt eller medelsvår depression för första gången under 2015:

1. Hur stor andel av nyinsjuknade patienter med lätt- och medelsvår depression fick behandling med psykoterapi i första hand?
2. Hur stor andel fick en kombinationsbehandling med både antidepressiva läkemedel och psykoterapi?
3. Hur lång var väntetiden till en psykoterapeut?
4. Hur stor andel av nyinsjuknade patienter som fick behandling med psykoterapi slutförde behandlingen?
5. Hur stor andel av patienterna fick uppföljande återbesök hos läkaren?
6. Hur stor andel av patienterna fyllde i skattningsskalor efter avslutad behandling?
7. Fanns könsskillnader beträffande hur patienterna behandlades och följdes upp?
8. Fanns åldersskillnader beträffande hur patienterna behandlades och följdes upp?

## Material och metod

Studiedesignen var en retrospektiv kvantitativ journalstudie. Studiepopulationen utgjordes av patienter på Kvartersakuten Surbrunn som är en landstingsdriven vårdcentral i Vasastan, Stockholm. Vårdcentralen har ca 13000 listade patienter. I området bor fler med eftergymnasial utbildning samt högre inkomst än i Stockholm totalt. Det bor färre människor med utländsk bakgrund än i Stockholm totalt (9).

På vårdcentralen arbetar åtta specialister i allmänmedicin och fem ST-läkare. Vi har tillgång till tre terapeuter som har sin mottagning på vårdcentralen och tar emot remisser från totalt två vårdcentraler. Två terapeuter är legitimerade psykoterapeuter med KBT-kompetens och en är kurator.

Inklusionskriterier: Vuxna patienter på Kvartersakuten Surbrunn som fick diagnosen lätt-, medelsvår- eller ospecifik depression (F32.0, F32.1, F32.9) för första gången under 2015 eller inte varit sjuka i depression de senaste tre åren.

Exklusionskriterier: Patienter som under de senaste tre åren fått diagnos depression eller står på antidepressivbehandling. Patienter som behandlas på andra mottagningar. Patienter som har andra psykiatriska diagnoser eller demensdiagnos. Patienter utan fullständigt personnummer eller med skyddad identitet. Patienter med spärrade journaler eller patienter som undersökaren är personligen bekant med.

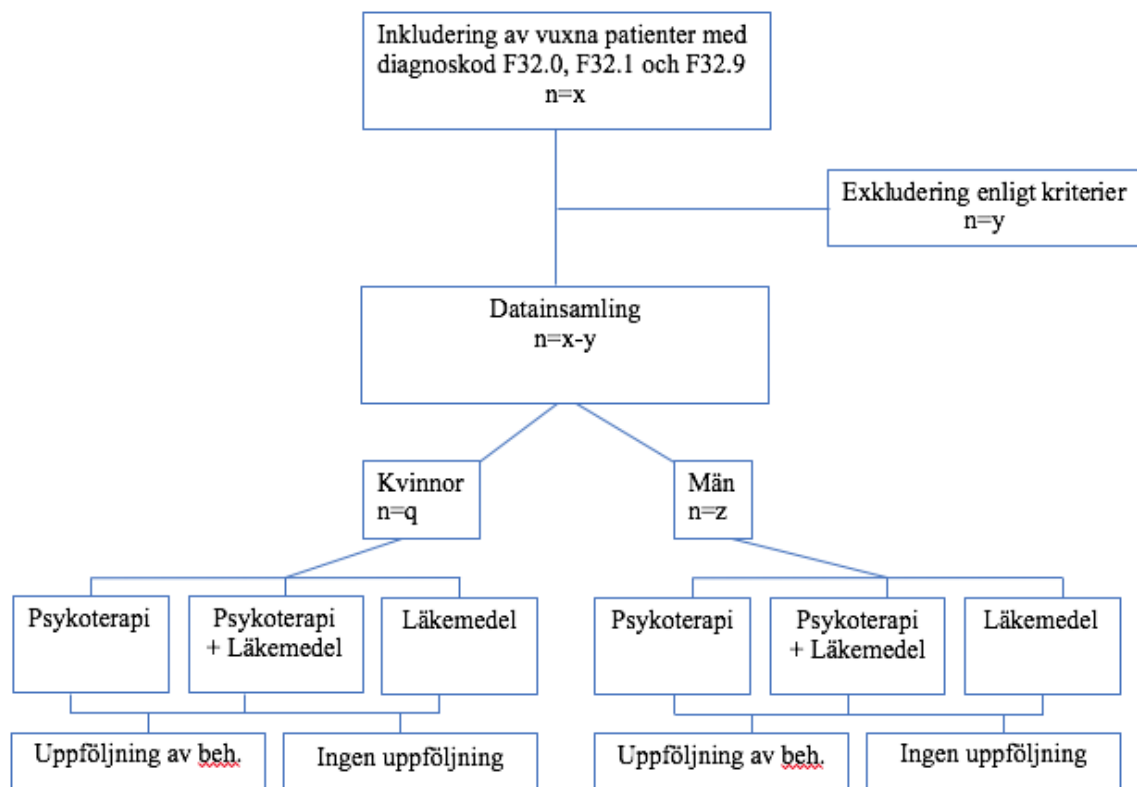
Data inhämtades med hjälp av journalverktyget MedRave 4 ur datajournalen TakeCare. Ur patientjournalen extraherades information enligt Tabell 1 och enligt Flödesschema i Figur 1. Patientjournalen genomlästes ett år fram från diagnosdatum.

Tabell 1. Matris över den information som plockades fram ur journal på patienter som diagnostiserats med depression under 2015 på Kvartersakuten Surbrunn.

VARIABEL	
Id	
Kön	Kvinna (1), Man (2)
Ålder	18-25 (1), 26-65 (2), 66- (3)
Diagnos	F31.0 (1), F32.1 (2), F32.9 (3)
Psykoterapi 1:a hand	Nej (1), Ja (2)
Läkemedel 1:a hand	Nej (1), Ja (2)
Psykoterapi + läkemedel	Nej (1), Ja (2)
Väntetid psykoterapi	Antal veckor
Fullföljt psykoterapi	Nej (1), Ja (2)
Uppföljning läkare	Nej (1) Ja (2)
Uppföljning skattningsskala	Nej (1) Ja (2)

Patienterna avidentifierades och kodades. De olika variablerna noterades i ett Excelprogram.





Figur 1: Flödesschema för studien om hur nyinsjuknade depressionspatienter behandlas på Kvartersakuten Surbrunn.

## Statistik

Alla variabler i tabell 1 utom väntetid och ålder är nominella och icke parade. För att undersöka om det finns könsskillnader och skillnader mellan åldersgrupperna användes  $\chi^2$ -test. Variabeln väntetid är inte normalfördelad. Könsskillnader beräknades med Mann-Whitneys test och till åldersskillnaderna användes Kruskal-Wallis test.

Signifikansnivå sattes till  $p < 0,05$ .

Resultaten beräknades statistiskt i Prism 6.

## **Etiska överväganden**

Vid en journalstudie finns risk för att både studiedeltagarna samt läkarkollegor och terapeuter på vårdcentralen utsätts för integritetsintrång då journaler genomläses av studieledaren som inte är behandlande läkare till alla patienter.

Verksamhetschefen på Kvartersakuten Surbrunn gav studieledaren i uppdrag att genomföra ett vetenskapligt projektarbete. Vetenskaplig handledare och klinisk handledare godkände projektplanen innan den skickades in till granskningsgruppen. Läkare och terapeuter informerades på ett personalmöte 20170518 om studien innan datainsamling påbörjades. Det sattes upp information till patienter i väntrummet angående pågående studie, se bilaga 1.

Personuppgifter på patienter som togs ut till studien avkodades. En kodnyckel skapades och förvarades inlåst på vårdcentralen. Informationen raderas då det vetenskapliga arbetet är godkänt.

Alla data presenteras på gruppnivå, och ingen enskild patient eller läkare/terapeut kommer att kunna identifieras.

Det bedöms att nyttan med studien överväger obehaget för den enskilda patienten och behandlande läkaren/terapeuten att journalen läses. Nyttan bedöms vara en ökad kunskap om hur nyinsjuknade patienter med lätt- och medelsvår depression på kvartersakuten Surbrunn behandlas och följs upp samt möjlighet till förbättringsområde.

## Resultat

Vid en första pilotgenomgång av ett antal patientjournaler registrerade i TakeCare på Kvartersakuten Surbrunn fick en del metodologiska justeringar göras av bland annat frågeställningarna och exklusionskriterierna.

### Studiepopulationen

Under tidsperioden 2015 var det 190 patienter som fick diagnoserna lätt depression (F32.0), medelsvår depression (F32.1) och ospecifik depression (F32.9).

Vid genomgång av diagnoslistorna kunde 67 patienter exkluderas då de haft diagnosen depression mellan 2012-2014, hade annan psykiatrisk diagnos eller demensdiagnos. Därefter lästes kvarstående 123 journaler, varpå ytterligare 47 patienter exkluderades enligt kriterierna. De vanligaste exklusionskriterierna var redan pågående depressionsbehandling eller diagnos depression under de senaste tre åren.

Totalt inkluderades 75 (39 %) patienter i studien, varav 57 kvinnor (76 %) och 18 män (24%). Nio patienter (12 %) var yngre vuxna i åldern 18-25 år. Femtiofyra patienter (72 %) fanns i gruppen 26-65 år och 12 patienter (16 %) var 66 år eller äldre. Den yngsta patienten var 18 år och den äldsta 88 år, se figur 2.



Figur 2: Ålders- och könsfördelning av patienter som nyinsjuknat med lätt- och medelsvår depression på Kvartersakuten Surbrunn 2015.

Tjugofyra patienter (32 %) fick diagnosen lätt depression, 12 patienter (16 %) medelsvår depression och 39 patienter (52%) ospecifik depression.

### Behandling

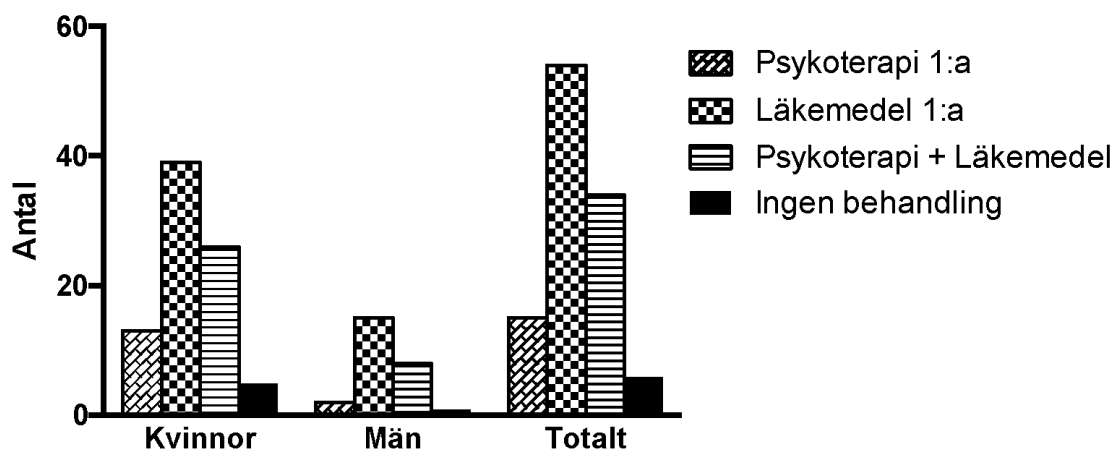
Femton patienter av totalt 75 undersökta patienter (20 %) fick psykoterapi som första behandling, varav 7 patienter (9 %) enbart fick behandling med psykoterapi.

Femtiofyra patienter (72 %) fick behandling med läkemedel som första behandling. Av dessa fick 26 patienter (35 %) senare även behandling med psykoterapi.

Totalt fick 34 patienter (45 %) en behandling med både psykoterapi och läkemedel det första året.

Sex patienter (8 %) fick varken behandling med psykoterapi eller antidepressivt läkemedel.

Dessa patienter hade diagnosen lätt- eller ospecifik depression. Patienter fick råd om motion, blev sjukskrivna samt de flesta erbjudna remiss till terapeut eller behandling med antidepressivt läkemedel, men ville avvakta eller tackade nej, se figur 3.



Figur 3: Behandling av patienter som nyinsjuknat i lätt- eller medelsvår depression på Kvartersakuten Surbrunn.

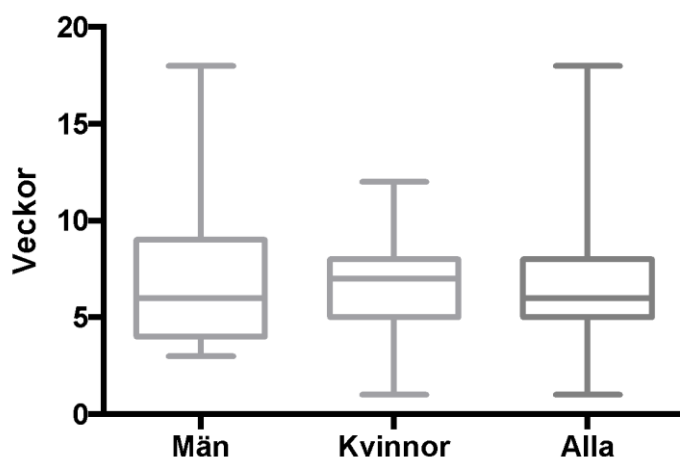
Därefter analyserades specifikt hur lätt depression respektive medelsvår depression behandlades. Sju patienter av de 24 patienter med diagnosen lätt depression (29 %) fick psykoterapi som första behandling. Femton patienter (63 %) fick antidepressivt läkemedel som första behandling. Nio patienter (38 %) fick behandling med både psykoterapi och läkemedel under första året och två patienter (8 %) fick ingen behandling alls.

Två patienter av de 12 patienter som fått diagnos medelsvår depression (17 %) fick behandling med psykoterapi som första behandling. Fem patienter (42 %) fick en behandling med både läkemedel och psykoterapi under första året. Fem patienter (38 %) fick behandling med enbart läkemedel.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kön eller åldersgrupper i val av behandling. Dock hade gruppen yngre patienter en tendens till skillnad, då de i större utsträckning behandlades med både antidepressivt läkemedel och psykoterapi ( $p = 0,0549$ ).

### Väntetid

Väntetiden till terapeut var mellan 1-18 veckor. Medianvärdet var sex veckor med 95 % konfidensintervall mellan 5.9 och 7.8 veckor. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kön (se figur 4) och åldersgrupper beträffande hur lång väntetiden var till en psykoterapeut.



Figur 4: Väntetid i veckor till psykoterapeut för patienter med lätt- och medelsvår depression på Kvartersakuten Surbrunn 2015.

Trettiofyra patienter (83 %) väntade mer än 4 veckor från det att remiss skrevs till nybesök hos psykoterapeut.

Av de som fick behandling med psykoterapi fullföljde 29 patienter (71 %) sin psykoterapi, medan övriga patienter avslutade den psykoterapeutiska behandlingen i förtid.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kön eller åldersgrupper beträffande vilka som fullföljde terapin.

### **Uppföljning**

Fyrtionio patienter (65 %) av studiepopulationen följdes upp av sin läkare under första året. I de fall patienten inte hade förbättrats i sitt psykiska välmående under det första året, hade läkaren fortsatt kontakt med dessa patienter.

Nio patienter (12 %) följdes upp av läkare med skattningsskala. En patient i gruppen unga vuxna och ingen patient i den äldre åldersgruppen följdes upp med skattningsskala. Den vanligaste skattningsskalan var PHQ-9 och MADRS. Inga psykoterapeuter använde skattningsskalor.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kön eller åldersgrupper beträffande uppföljningen, men att yngre patienter följdes upp av läkare i större utsträckning än de äldsta låg nära signifikant nivå ( $p=0,0527$ ). Det låg även nära signifikans att de yngsta och de äldsta patienterna följdes i mindre utsträckning med skattningsskalor än åldersgruppen 26-65 år ( $p = 0,0555$ ).

## **Diskussion**

Studien visar att majoriteten av patienterna behandlades med antidepressivt läkemedel i första hand och nära hälften av patienterna fick en kombinationsbehandling av psykoterapi och antidepressivt läkemedel. Fyra femtedelar av patienterna, som av läkare bedömdes ha behov av psykoterapi, fick vänta mer än fyra veckor på första besöket till en terapeut. Två tredjedelar av patienterna följdes upp av sin läkare åtminstone tills de började må bättre, men läkarna följde sällan upp patienterna med skattningsskalor.

## **Studiepopulationen**

Studiepopulationen bestod till större delen av kvinnor än förväntat om man ser till livstidsinsjuknande i depression mellan könen (1). Det skulle kunna bero på att kvinnor i större utsträckning söker med depressiva besvär vid en lätt- och medelsvår depression, medan män i större utsträckning inte söker hjälp alls eller söker med psykosomatiska symtom vid depression och i lägre utsträckning får en diagnos (5).

Drygt hälften av patienterna (52 %) fick diagnosen ospecifik depression, vilket är en betydande del. Vid genomläsning av journalerna var det ingen med diagnosen ospecifik depression som uppfyllde kriterierna för svår depression, utan gruppen bestod av en blandning av patienter med lätt- och medelsvår depression.

Diagnosen ospecifik depression gavs ofta vid första besöket, som inte sällan var ett drop-in besök, då det var för tidigt att bestämma nivå på depression. Vid efterföljande läkarbesök ändrades sedan inte diagnosen.

Oviljan att ändra en redan satt diagnos, kan bero på tidsbrist samt att man inte ser någon patientvinst i att specificera diagnosen. Det kan också vara så att det blir svårare att sjukskriva patienten om diagnosen ändras från ospecifik- till lätt depression.

## Behandling

För att kunna följa patienterna under ett år från att de fått sin diagnos, men ändå ligga så nära nutid som möjligt, valdes de patienter som fått sin diagnos under 2015. Under denna period gällde fortfarande Socialstyrelsens rekommendationer från 2010 där man särskiljer behandlingarna för lätt- och medelsvår depression. Man rekommenderar att lätt depression i första hand behandlas med psykoterapi och inte behandlas med antidepressivt läkemedel. För medelsvår depression rekommenderas psykoterapi eller antidepressivt läkemedel, men inte en kombinationsbehandling av dessa.

Endast 29 % av patienterna med diagnosen lätt depression fick psykoterapi som första behandling, vilket är en relativt låg andel, då detta är en förstahands rekommendation från Socialstyrelsen (7). Sextiotre procent fick antidepressivt läkemedel som första behandling, vilket går emot Socialstyrelsens rekommendationer från 2010 (7). I flera fall remitterade man först patienten till psykoterapi, men då väntetiden till terapeut var lång inleddes en antidepressiv läkemedelsbehandling innan patienten träffat en terapeut.

I gruppen medelsvår depression behandlades 58 % av patienterna med antingen enbart läkemedelsbehandling eller enbart psykoterapi, vilket Socialstyrelsen rekommenderar (7). Fyrtiotvå procent av patientgruppen behandlades med en kombinationsbehandling, vilket går emot rekommendationerna från Socialstyrelsen.

Dessa resultat kan bero på att många läkare i Stockholm de senaste åren i större utsträckning använder rekommendationerna från viss.nu, där Stockholms läns landsting ger ut råd via Psykiatristöd. Där slås rekommendationerna för lätt- och medelsvår depression ihop och de rangordnar inte rekommendationerna mellan psykoterapi (där KBT rekommenderas) eller antidepressivt läkemedel. Man avråder inte heller från en kombinationsbehandling av ovanstående (2). I kommande rekommendationer från Socialstyrelsen, som beräknas komma ut i slutversion under 2017, får psykoterapi en starkare rekommendation och antidepressivt läkemedel får en något svagare rekommendation på grund av de biverkningar som kan medföra behandlingen. Man slår också, liksom viss.nu, ihop rekommendationerna för lätt- och medelsvår depression.



I en VESTA-studie från 2013 undersöktes behandling av depression på Täby vårdcentral under åren 2011-2012. Nittiofem patienter inkluderades i studien och man slog ihop diagnoserna lätt- och medelsvår depression. I den studien fick 34 % av patienterna behandling med enbart läkemedel, 28 % behandling med enbart psykoterapi och 20 % en kombinerad behandling av antidepressivt läkemedel och psykoterapi (10). På Kvartersakuten Surbrunn var det således färre patienter som behandlades med enbart psykoterapi (9 % av den totala studiepopulationen) och fler patienter som behandlades med både psykoterapi och antidepressivt läkemedel (45 % av den totala studiepopulationen) än i studien från Täby vårdcentral.

Både i Socialstyrelsens gamla och kommande rekommendationer framhålls KBT ha starkast vetenskapligt stöd bland psykoterapibehandlingarna. IPT har nästan lika starkt stöd. IPT och PDT var de vanligast angivna terapiformerna i psykoterapeuternas journaler. Ren KBT-terapi var aldrig angivet som terapiform. Terapeuterna själva uppgav att de ofta använde en blandform av KBT och IPT.

Väntetiden till terapeuterna var förhållandevis lång med ett medianvärde på sex veckor. Både i de nya och gamla rekommendationerna från Socialstyrelsen framhåller man vikten av en tidig och aktiv behandling, även vid lätt depression. Längsta väntetid, 18 veckor, uppkom då remissen inkom strax före sommarsemestrarna. Den långa väntetiden till psykoterapeuterna beror troligtvis på ett större behov än vad antal terapeuttjänster kan tillgodose och är till stor del en ekonomisk fördelningsfråga. Drygt 70 % av de patienter som gick i psykoterapi fullföljde planerad terapi. Då man får anta att de patienter som fullföljer sin behandling också är nöjda med den psykoterapeutiska behandlingen, är detta ett gott resultat.

## **Uppföljning**

Sextiofem procent av patienterna följdes upp till och med att depressionen vänt, alternativt följdes patienten upp regelbundet under det första året om inte patienten hade börjat må bättre. De patienter som inte följdes upp hade nästan alla fått en remiss till psykoterapeuterna och man kan anta att läkaren förlitade sig på att terapeuten skulle kontakta dem om patienten

inte förbättrades. De var få patienter med nyinsatt antidepressivt läkemedel som inte följdes upp av sin läkare.

Det kan vara så att fler patienter följts upp under besök bokade av annan orsak än depression och sedan inte journalförts.

Många patienter fyllde i en skattningsskala i samband med diagnossättning. Däremot var det endast 12 % som följdes upp med skattningsskalor. Uppföljning med skattningsskalor planerades ofta till nästkommande besök, men utfördes sedan inte. Inga terapeuter använde skattningsskalor före eller i slutet av den psykoterapeutiska behandlingen.

### **Styrkor**

Studien omfattar alla nydiagnostiserade patienter med lätt och medelsvår depression under ett år. Journalgenomgången och bearbetningen av data gjordes av en person, vilket minskar risken för oliktolkning.

### **Svagheter**

En svaghet med studien var att så pass stor andel av studiepopulationen fått diagnosen ospecifik depression (52 %), vilket gör det svårt att, utifrån journalgenomgång, säga vilken behandling som skulle vara mest lämplig. En annan svaghet med studien var att rekommendationerna på [viss.nu](http://viss.nu) och de hos Socialstyrelsen inte helt överensstämmer. Vissa grupper under kön och ålder hade få antal patienter vilket gjorde det svårt att få signifikanser i resultaten. Studien är liten och genomfördes på en vårdcentral och kan därför inte generaliseras till hela primärvården, men den ger en bra uppfattning om förhållandena på Kvartersakuten Surbrunn.

## **Implikationer**

Denna studie kan användas som grund för ett fortsatt förbättringsarbete på Kvartersakuten Surbrunn beträffande behandling och uppföljning av patienter med lätt- och medelsvår depression.

## **Framtida studier**

I studien framkommer att vi i mindre hög grad följer Socialstyrelsens rekommendationer. Då Socialstyrelsen snart utkommer med nya rekommendationer angående behandling av depression skulle det vara intressant att senare göra om studien om några år för att se om vi bättre följer de nya rekommendationerna.

I framtiden skulle det vara intressant att studera varför läkarna vid Kvartersakuten Surbrunn remitterar förhållandevis få patienter till enbart psykoterapi. Det skulle också vara intressant att ta reda på varför terapeuterna väljer bort ren KBT-terapi.

## **Slutsatser**

Få patienter behandlades med enbart psykoterapi och det var vanligt med en kombinationsbehandling av psykoterapi och antidepressivt läkemedel. Läkarna följde upp patienterna tills de började må bättre, men sällan med skattningsskalor.

## Referenslista

1. Läkemedelsverket (2016). Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Depression-angestsyndrom-och-tvangssyndrom-hos-barn-och-vuxna/>. Hämtad 2017-03-08.
2. Psykiatristöd Stockholms läns landsting (2015). <http://viss.nu/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Depression1/>. Hämtad 2017-03-13.
3. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsa E. (2005). Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol. Med*; 35, 673–682.
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J. et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacol*; 21, 655–679.
5. Vuorilehto M, Melartin T, Riihimäki K. et al. (2016). Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *Journal of Affective Disorders*; 202, 145–152.
6. Allgulander C, Nilsson B, (2003). Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen*; 100, 832-837.
7. Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 <http://www.angest-stockholm.se/wp-content/uploads/2013/01/Socialstyrelsens-riktlinjer-depression-och-angestsyndrom.pdf>. Hämtad 2017-04-07.
8. Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning. Remissversion 2016. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-6>. Hämtad 2016-09-13.
9. Stockholms stad (2016). Hemsida med statistik om Stockholm. <http://statistik.stockholm.se/omradesfakta> . Hämtad 2017-03-06.
10. Anna Siebenmann (2013). Behandling av depression på Täby vårdcentral 2011-2012. <http://www.cefam.se/atst/projekt?view=project&id=278&layout=default> . Hämtat 2017-09-01.

*Bilaga 1: Anslag i reception och i väntrummen på Kvartersakuten Surbrunn om att granskning av datajournaler förekommer i utvecklings- och kvalitetssyfte.*

Till dig som är patient på Kvartersakuten Surbrunn.



Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kvalitén på vårdcentralen systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, så att du som patient får rätt och säker vård.

Läkare som gör sin specialistutbildning här på vårdcentralen är enligt Socialstyrelsens bestämmelser skyldiga att göra ett vetenskapligt projekt-arbete. Detta kvalitetsarbete görs på uppdrag av verksamhetschefen. Det kan innebära att viss avkodad information inhämtas från patientjournaler. Inga namn eller data som kan härledas till enskilda individer kommer att redovisas i dessa kvalitetsarbeten.

Verksamhetschefen ansvarar för att projektarbetet görs enligt Patientdata-lagen, PDL, det vill säga enligt riktlinjer för hantering av patient-/journal-uppgifter.

Har du några frågor eller synpunkter, eller om du inte vill att din journal ska ingå i detta arbete, är du välkommen att kontakta verksamhetschefen, se nedan.

Stockholm 170422

Maria Hjalmarsson

Verksamhetschef

Kvartersakuten Surbrunn och Husläkarmottagningen Johannes

08-1233960, maria.hjalmarsson@sll.se